第１号様式その１

写　　真

貼　　付

　　かけがわファミリー・サポート・センター入会申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員種別 | 依　頼　会　員 | | | | | | | ＊受付番号 | | | |  | | | | |
| ふりがな  氏　　名 |  | | | | | 男  女 | | 生 年  月 日 | | | 年　　　月　　　日  　　　（　　　　　　歳） | | | | | |
| 印 | | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | | | | | 電話 | | |  | | |
| 勤務先 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先住所 |  | | | | | | | | | | 電話 | | | |  | |
| 同居家族 | 配偶者　 　　有・無  子ども 　　　　人  その他　　　　　 人 | | | 職  業 | １　雇用労働者（フルタイム・パートタイム）  　２　自営業（　　　　　　　　　　　　）  ３　無　職　４　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 対象児童  の状況 | ふりがな  子どもの名前 | | 生年月日・年齢 | | | | 性別 | | | 園名・学校名 | | | | | | 病歴・障害  アレルギー等 |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | | |  |
|  | |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | | |  |
|  | |
|  | |  | | | |  | | |  | | | | | |  |
|  | |
| 主治医名 | |  | | | | | 電話 | | |  | | | | | | |
| 保険証種別 | | 社保・国保・その他（　　　　　） | | | | | | | 保険証番号 | | | |  | | | |
| 緊急連絡先 | | １  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（預ける子どもとの関係　　　　　）  　　連絡先：電　　話　　（　　　　　）　　　　　　－  　　　　　　携帯電話　　　　　　　　－　　　　　　－  ２  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（預ける子どもとの関係　　　　　）  　　連絡先：電　　話　　（　　　　　）　　　　　　－  　　　　　　携帯電話　　　　　　　　－　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |

　＊は記入しなくて結構です。

上記の通り、かけがわファミリー・サポート・センターへの入会を申し込みます。